FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1962

THÈSE

643

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Daniel GOLDFAIN

Né le 5 Mai 1935, à Paris-X

Présentée et soutenue publiquement le 5 juin 1962

SUR UN CAS DE TORSION ANNEXIELLE AIGUE

COMPLICATION TARDIVE D'UNE STERILISATION TUBAIRE

Président : M. FUNCK-BRENTANO, Professeur

IMPRIMERIE
R. FOULON & Cie
29, Rue Deparcieux, 29
PARIS — 1962

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1962

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Daniel GOLDFAIN

Né le 5 Mai 1935, à Paris-X

Présentée et soutenue publiquement le 5 juin 1962

SUR UN CAS DE TORSION ANNEXIELLE AIGUE

COMPLICATION TARDIVE D'UNE STERILISATION TUBAIRE

S. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Président : M. FUNCK-BRENTANO, Professeur

IMPRIMERIE
R. FOULON & Cie
29, Rue Deparcieux, 29
PARIS — 1962

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Debré (R.), Fey (B.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Olivier (E.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Quénu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN : Léon BINET, *Membre de l'Institut*

1er ASSESSEUR : Jean VERNE — 2e ASSESSEUR : Gaston CORDIER

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) PROFESSEURS TITULAIRES :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.), SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Educat. phys. et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	N...
Histologie	VERNE (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIÈVRE (R.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	HUGUIER (J.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	MILLIEZ (P.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	BINET (L.), BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	DOGNON (A.), DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	CONTE (M.)

b) PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL :

Biochimie médicale	DESGREZ (P.), POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Parasitologie	BRUMPT (L.C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pharmacologie	LÉVY (Mlle J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

MM.

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker) .. .. Redon (H.)
Clinique cardiologique (Broussais) . .. . Mouquin (M.)
Cliniques chirurgicales :
Beaujon : Lortat-Jacob (J.-L.) — *Cochin* : Léger (L.) — *Hôtel-Dieu* : Patel (J.) — *Pitié* : Cordier (G.) — *Saint-Antoine* : Gosset (J.) — *Salpêtrière* : Sicard (A.) — *Tenon* : Olivier (Cl.).
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades) .. .. Fèvre (M.)
Clinique chirurg. orthopédique et réparat. (Cochin) Merle d'Aubigné (R.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais) .. Gaudart d'Allaines (F. de)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec) .. Mathey (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié) . .. . Decourt (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades) . Lamy (M.)
Clinique gynécologique (Broca) .. .. Funck-Brentano (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilit. (St-Louis) Degos (R.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades) Cathala (J.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard) . Mollaret (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne) . .. . Delay (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker) .. .. Hamburger (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais) . .. .. Marchal (G.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière) Castaigne (P.)
Cliniques médicales :
Boucicaut : Lenègre (J.) — *Broussais* : Soulié (P.) — *Cochin* : Justin-Besançon (L.) ; Brouet (G.) — *Hôtel-Dieu* : Barièty (M.) — *Lariboisière* : Sèze (S. de) — *Pitié* : Dreyfus (G.) — *Saint-Antoine* : Kourilsky (R.).
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat) .. .. Debray (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais) .. .. Gennes (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu) .. .. Derot (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié) .. .. David (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière) .. .. Garcin (R.)
Cliniques obstétricales :
Baudelocque : Lacomme (M.) — *Foch* (Suresnes) : Merger (R.).
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal) . Varangot (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu) .. .. .. Renard (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière) .. Aubry (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul) . .. . Lelong (M.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades) .. Marie (J.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laënnec) . .. .. Bernard (E.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière) . Michaux (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin) Coste (F.)
Clinique stomatologique (Pitié) .. .. Dechaume (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard) . .. Roux (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine) .. Lemaire (A.)
Clinique toxicologique .. .. Gaultier (M.)
Clinique traumatologique . .. . Padovani (P.)
Séméiologie médicale .. .. Domart (A.)
Séméiologie et clinique chirurgicales .. .. Poilleux (F.)
Clinique urologique (Necker) . .. . Couvelaire (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau) Turpin (R.)

b) Professeurs a titre personnel :

Médecine .. .. Bour (H.), Lhermitte (F.), Pequignot (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

Anatomie :
MM. Cabrol (C.); Couinaud (C.); Gillot (C.); Olivier (G.).

Anatomie pathologique :
Mlle Gauthier-Villars (P.), *pr. s. ch.* ; MM. Abelanet (R.); Busser (F.); Chomette (G.); Gouygou (Ch.), *m. conf.* ; Nezeloff (Ch.); Orcel (L.); Paillas (J.).

Anesthésiologie :
MM. Kern (E.); Vourc'h (G.).

Bactériologie :
MM. Barbier (P.); Christol (D.); Le Minor (L.); Tournier (P.).

Biochimie médicale :
MM. Baulieu (Et.), *m. conf.* ; Bourillon (R.); Cartier (P.); Dreyfus (J.-Cl.); Gonnard (P.); Kruh (J.); Jérome (H.).

Biologie appliquée à l'Education Physique et aux Sports : M. Plas (F.).

Carcinologie :
MM. Boiron (M.); Denoix (P.); Mathé (G.); Seligmann (M.).

Dermato-Syphiligraphie :
MM. Civatte (J.); Duperrat (B.).

Electro-Radiologie :
M. Ledoux-Lebard (G.).

Hématologie :
MM. Bessis (M.); Bilski-Pasquier (G.); Dausset (J.); Duhamel (G.).

Histologie :
MM. Coujard (R.), *pr. s. ch.* ; Marois (M.); Racadot (J.).

Hydrologie :
MM. Besançon (F.); Cornet (A.).

Hygiène :
MM. Boyer (J.), *pr. s. ch.* ; Blancher (G.); Mlle Corre-Hurst (L.); M. Sapin-Jaloustre (H.).

Maladies infectieuses :
MM. Bastin (R.); Dupont (V.).

Médecine légale :
MM. Derobert (L.), *pr. s. ch.* ; Fournier (E.); Gueniot (M.); Hadengue (A.).

Médecine du travail : M. Albahary (C.).

Neuro-chirurgie : M. Pertuiset (B.).

Obstétrique :
MM. Granjon (A.); Hervet (E.); Le Lorier (G.); Lévy (J.); Morin (P.); Musset (R.); Robey (M.); Senèze (J.); Sureau (C.); Thoyer-Rozat (J.).

Ophtalmologie :
MM. Brégeat (P.); Dubois (A.); Saraux (H.).

Orthopédie :
MM. Judet (R.); Meary (R.); Postel (M.); Ramadier (J.).

Oto-rhino-laryngologie :
MM. Debain (J.); Pialoux (P.).

Parasitologie :
MM. Golvan (Y.); Lapierre (J.).

Pathologie chirurgicale :
MM. Barcat (J.); Binet (J.-P.); Cauchoix (J.); Cerbonnet (G.); Chatelin (C.-L.); Dubost (Ch.); Dubost (Cl.); Faurel (J.); Flabeau (F.); Garbay (M.); Garnier (H.); Gaudart d'Allaines (Cl. de); Germain (A.); Lataste (J.); Lévêque (B.); Loygue (J.); Mercadier (M.); Natali (J.); Pellerin (D.); Perrotin (J.); Robert (H.); Thomeret (G.).

Pathologie exotique : M. Schneider (J.).

Pathologie expérimentale :
MM. Benhamou (J.-P.); Berthaux (P.); Boivin (P.); Crosnier (J.); Hartmann (L.); Lœper (J.); Maurice (J.); Mikol (Cl.); Richet (G.).

Pathologie médicale :
MM. Aussannaire (M.); Bouvier (J.); Bouvrain (Y.); Bricaire (H.); Brissaud (H.); Brocard (H.); Buge (A.); Catinat (J.); Chrétien (J.); Coblentz (B.); Contamin (F.); Coury (C.); Etienne (J.-P.); Frezal (J.); Fritel (D.); Hennequet (A.); Himbert (J.); Housset (E.); Laroche (Cl.); Lesobre (R.); Macrez (C.); Moreau (L.); Nick (J.); Royer (P.); Tourneur (R.); Wolfromm (R.).

Pédiatrie-Puériculture :
MM. Joseph (R.); Lafourcade (J.); Lepercq (G.); Mande (R.); Mozziconacci (P.); Polonovski (C.); Rossier (A.); Vialatte (J.).

Pharmacologie :
MM. Boissier (J.); Lechat (P.).

Physiologie :
MM. Barres (G.); Dejours (P.); Durand (J.); Girard, *m. conf.* ; Hugelin (A.); Scherrer (J.).

Physique médicale :
MM. Chanteur (J.); Gougerot (L.), *m. conf., pr. s. ch.* ; Gremy (F.), *m. conf.* ; Milhaud (G.); Pellerin (P.); Roucayrol (J.-Cl.); Tubiana (M.), *m. conf.*

Pneumo-phtisiologie :
MM. KREIS (B.); MEYER (A.); RENAULT (P.).

Psychiatrie : M. PICHOT (P.).

Psychiatrie infantile :
MM. DENIKER (P.); DUCHÉ (D.); FLAVIGNY (H.); LAPRESLE (J.).

Rhumatologie : M. DELBARRE (F.).

Stomatologie :
M. CERNÉA (P.); Mme CHAPUT (A.), *m. conf. agr.* ; M. GRELLET (M.).

Thérapeutique :
MM. CHASSAGNE (P.); LAMOTTE (M.); MARCHE (J.).

Urologie :
MM. AUVERT (J.); MOULONGUET (A.); QUENU (L.).

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

Anatomie : M. DEBEYRE (J.).

Clinique chirurgicale :
MM. ABOULKER (P.); AMELINE (A.), *pr. s. ch.* ; VERNE (J.-M.).

Clinique médicale :
MM. PERRAULT (M.); RAMBERT (P.); THIEFFRY (S.).

Clinique obstétricale :
MM. GRASSET (J.); MAYER (M.).

Clinique ophtalmologique :
MM. DESVIGNES (P.); OFFRET (G.).

Clinique oto-rhino-laryngologique :
M. MADURO (R.).

Clinique pédiatrique et puériculture :
M. LAPLANE (R.).

Clinique psychiatrique : M. BARUK (H.).

Clinique urologique : M. KUSS (R.).

IV. — PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie . . . . . M. HAUDUROY (P.), *prof. sans chaire*

Pathologie chirurgicale . . . . . M. RUDLER (J.), *prof. sans chaire*

V. — CHARGES DE COURS D'HYGIENE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

M. BOLTANSKI (E.) — M. LAUNAY (C.)

Secrétaire général de la Faculté . . . . M. LENA (J.)

Secrétaire principal . . . . . Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur en Chef de la Bibliothèque, Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine . . . . . M. le Docteur HAHN (A.)

Conservateur . . . . . Mlle DUMAITRE (P.)

Bibliothécaires . . . . . Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE

A MA MERE

En témoignage de mon attachement.

A MA FEMME

A MON FILS

Pour leur très profonde affection.

A TOUS LES MIENS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR FUNCK-BRENTANO

Professeur de la Chaire de Clinique Gynécologique
(Hôpital Broca)
Chirurgien des Hôpitaux
Membre de l'Académie de Chirurgie
Commandeur de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence du jury de cette thèse.

A MON JURY DE THESE

AUX CHIRURGIENS DE L'HOPITAL DE DREUX

Monsieur le Docteur TOSTIVINT

Qui m'a inspiré le sujet de cette thèse.
Sa bienveillante compréhension me fut une aide précieuse durant tout mon séjour dans son Service. Je lui en exprime ma vive gratitude.

Monsieur le Docteur FRANC

Guide indulgent et patient.

A Monsieur le Docteur MONEGIER DU SORBIER

Qui a bien voulu m'accorder son enseignement et son amitié.

AUX MEDECINS DE L'HOPITAL DE DREUX

Mademoiselle le Docteur TESTON

Monsieur le Docteur GODEFROY

Monsieur le Docteur JAEGER

Monsieur le Docteur TEISSIER

Monsieur le Docteur SOBEL

Monsieur le Docteur JOUSSET

Monsieur le Docteur PEZE

Monsieur le Docteur VILLENEUVE

A Monsieur le Docteur ROQUIN

INTRODUCTION

Nous venons d'observer un cas de torsion annexielle aiguë chez une femme ayant subi quelques années plus tôt, à l'occasion d'une césarienne itérative, une stérilisation tubaire, par section de la trompe à sa partie moyenne, entre deux ligatures.

L'aspect morphologique, et de la trompe tordue et surtout de celle du côté opposé, siège d'une dystrophie tubo-ovarienne et d'un véritable étranglement médio-tubaire, nous a semblé la rendre mécaniquement prédisposée à une telle torsion.

Ces lésions dystrophiques, ces modifications morphologiques, nous ont paru être la conséquence directe de cette ligature. Celle-ci nous semble donc la cause première de la torsion qui semble devoir être versée au dossier des mécomptes obtenus dans cette intervention.

A un moment où le problème de la stérilisation tubaire préoccupe les gynécologues, les chirurgiens et aussi les médecins légistes — ainsi qu'en fait foi la récente séance (5 mars 1962) du groupement régional de Paris de la *Société Nationale de Gynécologie et d'Obstétrique de France* — il nous a paru intéressant de publier l'observation d'une complication qui ne semble pas avoir été jusqu'ici mentionnée, si toutefois nos lectures sur ce sujet ont été complètes.

OBSERVATION

Madame de S... M... Rosine.

- *Le 1er juillet 1950 :*

Nous sommes appelés auprès de cette patiente, alors âgée de vingt-neuf ans, en cours de travail. Cinquième geste et quatrième pare (une fausse-couche non compliquée) et trois enfants nés au cours d'accouchements qui ont été normaux, et même faciles.

La grossesse actuelle, qui est à terme, fut sans incident.

Le début du travail remonte à vingt-quatre heures. La présentation (sommet) en G.A. est engagée, mais n'existe aucune dilatation d'un col effacé, punctiforme, difficilement perceptible au pied d'une bride cervico-vaginale latérale gauche, sans doute séquelle d'un traumatisme obstétrical antérieur méconnu.

Nous faisons immédiatement hospitaliser la patiente et, sous anesthésie générale, une exploration vaginale révèle une rétraction tissulaire trop importante pour songer à faire l'incision du col, projetée. On peut mobiliser la tête; dans ces conditions, une césarienne est décidée et immédiatement pratiquée.

Par médiane sous-ombilicale, on fait une césarienne segmentaire horizontale qui permet l'extraction d'un enfant vivant du sexe masculin.

Après délivrance, une dilatation du col effacé est tentée, qui permet péniblement d'obtenir une perméabilité répondant au calibre d'un doigt.

Fermeture de l'hystérotomie en deux plans catgut et péritonisation. Fermeture de la médiane en deux plans catgut et nylon.

Les suites opératoires sont simples.

• *Le 29 janvier 1955 :*

Cette même patiente est adressée au Service de Chirurgie par Monsieur le Docteur TEISSIER, gynécologue-accoucheur, avec l'indication d'une césarienne en début de travail. Il s'agit d'une sixième grossesse chez une cinquième pare à terme avec grossesse normale.

Après quatre heures de travail, utérus hypertonique avec col rigide dont la dilatation n'excède pas 0,50 F. On pense inutile de poursuivre l'épreuve du travail, et par médiane sous-ombilicale, césarienne segmentaire horizontale, sur l'ancienne cicatrice d'hystérotomie, à peine visible, sans déhiscence de la paroi utérine à son niveau.

Extraction d'un enfant vivant de sexe féminin.

Délivrance. Suture de l'hystérotomie en deux plans catgut. Péritonisation.

L'intervention est complétée par une stérilisation tubaire bilatérale, par section de chacune des trompes à sa partie moyenne entre deux ligatures, à la soie n° 2, sans enfouissement de la section tubaire. On prend soin de ne pas « mordre », au cours de la section, sur le mésosalpinx pour ne pas menacer la vascularisation ovarienne; de même, les ligatures ne prennent que les moignons tubaires, à l'exclusion du plan péritonéal sous-jacent. La morphologie tubaire des deux côtés est absolument normale, les deux ovaires ont une morphologie également tout à fait normale.

Fermeture de la médiane en deux plans catgut et nylon.

Les suites opératoires sont simples.

• *Le 17 avril 1962 :*

La patiente est admise d'urgence à la clinique pour une crise douloureuse abdomino-lombaire datant de quarante-huit heures, étiquetée : crise de coliques néphrétiques résistant aux thérapeutiques usuelles.

L'interrogatoire nous apprend que depuis la dernière césarienne, aucune grossesse n'est survenue chez cette femme actuellement âgée de quarante et un ans. La menstruation est normale : cycle de vingt-huit jours, règles d'abondance normale, d'une durée ordinaire de quatre jours. Les dernières règles ont eu lieu à une date normale : du 7 au 11 avril.

Depuis deux ans environ, la patiente accuse épisodiquement, sans rythme particulier ni corrélation remarquée avec les différentes phases du cycle, quelques phénomènes douloureux pelviens qui la firent consulter

un gynécologue, lequel évoqua un processus annexiel gauche, probablement dystrophique, et qui ne fut sanctionné par aucun traitement particulier.

A deux reprises, à des dates qui ne peuvent être exactement précisées, une fois il y a deux ans et une seconde fois il y a quelques mois, survint une crise douloureuse lombo-abdominale droite, étiquetée crise de coliques néphrétiques, cédant en quelques heures à un traitement anti-spasmodique, sans anomalie à un examen cyto-bactériologique des urines qui aurait été pratiqué.

Depuis la dernière crise, fréquemment, se manifeste une douleur lombaire droite à irradiation descendante ilio-pelvienne survenant à l'effort, à la fatigue.

Par ailleurs, aucun antécédent pathologique n'est à noter.

Depuis l'avant-veille, est apparue brusquement une douleur lombo-abdominale droite, permanente, avec des paroxysmes renforçateurs, violents, non calmés par les anti-spasmodiques, atténués par les opiacés, s'accompagnant de vomissements alimentaires, puis muqueux.

Une selle normale a été évacuée quelques heures plus tôt. Les émissions de gaz sont rares mais cependant persistent.

A L'EXAMEN :

Facies coloré. Tension artérielle : 13-9. Pouls : 100. Température : 38°5.

Emission d'urines légèrement foncées, urobilinuriques, que l'examen cyto-bactériologique montrera pauvres en éléments cellulaires et stériles.

L'abdomen est discrètement météorisé mais souple, sensible à la palpation dans son secteur sous-ombilical. Les fosses lombaires sont souples. Il n'existe aucun péristaltisme décelable.

Au toucher vaginal, existe une douleur postérieure et gauche, vive au niveau de ce qui semble être un corps utérin rétroversé, fixe, légèrement augmenté de volume. Mais ce symptôme, chez une multigeste, ne permet pas d'être concluant quant à l'origine génitale de l'affection.

Un cliché radiologique, pris debout, de l'abdomen sans préparation, révèle une assez importante aérocolie sans niveaux liquides et semble pouvoir, quarante-huit heures après le début de la crise, éliminer l'occlusion intestinale aiguë par bride, que pouvait faire suspecter une double cica-

trice de médiane sous-ombilicale (répondant aux deux césariennes antérieures) et une cicatrice iliaque droite (répondant à une appendicectomie de l'enfance). Ces cicatrices ne présentent aucune déhiscence. Les orifices herniaires sont normaux.

Sur ce premier examen, on se trouve donc en présence d'un syndrome abdominal bâtard dont le diagnostic exact ne peut être immédiatement posé.

La patiente est mise en observation avec un traitement anti-spasmodique et analgésique d'attente.

- *Le lendemain (18 avril 1962) :*

On note une amélioration du syndrome douloureux qui cependant persiste plus atténué, un état nauséeux avec pourtant émission de gaz, mais aucune modification de l'état abdominal.

Au toucher vaginal : semble être perçue une discrète augmentation de ce qui paraît être l'utérus demeurant fort douloureux au tact; d'autre part, la présence d'un peu de sang qui souille le doigtier, survenant hors de toute période menstruelle, oriente nettement vers une origine génitale du syndrome. Une grossesse ectopique survenant sur une trompe reperméabilisée, est une hypothèse évoquée.

Le pouls bien frappé à 80, l'absence de chute tensionnelle, une numération globulaire montrant 4.500.000 globules rouges, avec 10.800 globules blancs (dont légère polynucléose), semblent écarter tout problème d'urgence immédiate.

Une urographie intra-veineuse est faite pour lever l'hypothèque de la crise de coliques néphrétiques évoquée. Une injection normale des appareils pyélo-caliciels et de l'uretère des deux côtés, la morphologie normale des deux images écartent définitivement le diagnostic de crise de coliques néphrétiques atypiques.

- *Le 19 avril 1962 :*

L'état général est satisfaisant. Température : 38° le matin et 38°5 le soir. Pouls et tension artérielle inchangés.

Etat douloureux et nauséeux stationnaires, selles normales, abdomen sans changement.

Au toucher vaginal, modification notable : en arrière et à gauche d'un utérus à peine augmenté de volume, s'identifie une masse arrondie du volume d'une orange, lisse, fixe, exquisement douloureuse.

Le diagnostic d'épisode aigu annexiel : complication d'un kyste de l'ovaire, torsion annexielle, semble évident, et l'intervention est décidée pour le lendemain.

- *Le 20 avril 1962 :*

— Anesthésie générale (Docteur TESTON) : pentothal; d-tubocurarine; protoxyde d'azote-oxygène.

— Réanimation systématique de 300 ml de sang iso-groupe, iso-Rh.

— Opérateur : Docteur TOSTIVINT.

Médiane sous-ombilicale.

Absence de réaction plastique abdominale et d'épanchement. Masse rétro-utérine de la taille d'un pamplemousse, infarcie, fixée dans le Douglas par des adhérences molles aisément libérables, qui, extériorisée, est reconnue comme étant une annexe droite tordue : torsion à deux tours, de siège médio-tubaire, en un point extrêmement aminci de l'appareil annexiel dont la partie distale tubo-ovarienne semble presque détachée de la portion tubaire proximale. Celle-ci est élargie, œdémateuse et semble le siège d'un hydro-salpinx. La portion distale est constituée par un énorme pavillon tubaire à paroi épaisse, infarci, hémorragique, et par une formation ovarienne kystique de la taille d'une orange à paroi épaisse de 5 mm environ, lardacée, siège d'un infiltrat hémorragique diffus, contenant des caillots sanguins en début d'organisation.

On pratique une castration droite, sans enfouissement des moignons, du fait de l'infiltration séro-sanglante.

Du fait des lésions ischémiques, qui touchent à la nécrose, et de l'importance des infiltrats hémorragiques, on juge inutile une étude histologique de la pièce, qui, en tout état de cause, ne saurait fournir des données valables quant aux lésions préexistantes possibles de l'annexe.

L'utérus est un peu augmenté de volume, lisse, sans anomalie patente.

L'annexe gauche a un aspect très particulier :

1) L'ovaire, de la taille d'une reine-claude, présente des lésions macroscopiques typiques d'ovarite kystique.

2) La trompe présente en sa partie moyenne, une solution de continuité où elle est remplacée par un mince cordon fibreux long de 1,5 cm environ. De part et d'autre de ce cordon, la trompe est dilatée, siège d'un hydro-salpinx, avec épaississement notable de la paroi tubaire cependant translucide, au travers de laquelle on devine un contenu muqueux.

Elle est notablement dilatée, et dans son bout proximal et dans son bout distal (bout proximal long de 4 cm et épais d'environ 8 mm, segment distal long d'environ 8 cm). Sur ce segment distal, une dilatation d'un pavillon apparemment obturé atteint une largeur de 2 cm environ.

Le méso-salpinx est siège à la fois d'un allongement transversal qui lui fait suivre l'allongement tubaire et d'une rétraction verticale qui lui donne un aspect en sablier large en dedans où il se perd dans le ligament large. Sa hauteur au niveau de l'intersection tubaire médiane n'excède pas 1 cm en dehors, sa hauteur progressivement s'allonge pour atteindre environ 2,5 cm au niveau de l'extrémité tubaire externe. Cette morphologie très particulière : allongement tubaire, « alourdissement annexiel », portant principalement sur sa portion distale tubo-ovarienne, la sténose médiane tubaire et méso-tubaire semble éminemment favorable à un processus de torsion.

On est extrêmement perplexe sur la conduite à tenir devant cette anomalie annexielle gauche. Il semblerait judicieux pour prévenir des accidents de torsion ultérieurs :

— Soit de supprimer l'annexe, mais les inconvénients d'une castration chez cette femme de quarante et un ans, d'aspect juvénile, nous paraissent présenter des objections majeures.

— Soit de faire une résection tubaire, mais une telle intervention ne nous paraissait pas mettre à l'abri d'une torsion ultérieure, étant donné cet ovaire laissé appendu à un long pédicule utéro-ovarien et à un ligament utéro-ovarien démesurément allongé. De plus, cet ovaire, déjà le siège de lésions dystrophiques, resterait menacé par une pathologie de « l'ovaire unique restant ».

Nous craignions pour lui une aggravation de sa dystrophie, du fait de perturbations vasculaires qu'une salpingectomie, même prudente à l'extrême, risquerait d'entraîner.

— Soit de procéder à une intervention de pexie annexielle, mais les dangers vasculaires possibles inhérents à cette intervention et surtout son inefficacité, à plus ou moins brève échéance, n'incitent guère à une telle tentative.

Estimant donc aléatoires ces interventions, se plaçant d'autre part dans la position d'un opérateur exécutant une intervention d'urgence dirigée contre la seule lésion à l'origine du syndrome aigu dont on recherche la cure, on décide finalement de se contenter de reposer cette annexe gauche au fond de la cavité pelvienne, en s'abstenant de tout geste thérapeutique à son égard.

Fermeture de la paroi en deux plans catgut et nylon.

Les suites opératoires furent parfaitement simples : lever précoce au lendemain de l'intervention, courbe thermique rapidement revenue à la normale, émission de gaz au deuxième jour, selles provoquées au troisième jour, sortie de la clinique au dixième jour.

DISCUSSION DE CETTE OBSERVATION

Il s'agit donc d'un cas apparemment banal de torsion annexielle aiguë, de symptomatologie physique mineure au début, puisque ayant pendant quarante-huit heures échappé au médecin traitant, et ayant demandé quarante-huit heures supplémentaires pour devenir évidente lors d'une observation en milieu chirurgical.

Tout son intérêt réside dans le fait qu'elle soit survenue chez une malade ayant précédemment subi, sur une annexe apparue normale à l'exploration chirurgicale, une section tubaire dans un but de stérilisation.

* *

A Dreux, sur une pratique de 266 césariennes faites entre les années 1946 et 1962, dont 11 avec hystérectomie, nous avons pratiqué 23 stérilisations tubaires avec comme indication celle des césariennes itératives obligatoires.

C'est ordinairement, ainsi que nous l'a enseigné notre regretté Maître DIGONNET, une pratique qui nous est systématique lors d'une troisième césarienne, bien entendu, lorsque le consentement en est obtenu de la part de la patiente et de l'entourage. Ce consentement ne nous a d'ailleurs jamais été refusé. En une seule occasion, dans une famille désireuse de perpétuer le nom, et où deux filles étaient précédemment nées, il ne le fût qu'après une certaine discussion et avis du conseiller religieux. Ce n'est que dans des cas exceptionnels, comme celui de la patiente dont nous publions l'observation, et aussi chez des grandes multipares, que cette stérilisation

tubaire fût faite lors d'une deuxième césarienne. Nous pensons là suivre des normes couramment admises et rejoindre la pratique de AUCLAIR et SARFATI, et celle de LEPAGE, HERVÉ et SUREAU à la Maternité Pinard.

De nos 23 stérilisations tubaires pratiquées, nous n'avons, hors le cas cité, observé aucun incident immédiat ou secondaire. Nous n'avons jusqu'à ce jour eu connaissance d'aucun cas de reperméabilisation tubaire avec grossesse normale ou ectopique.

Notre série est cependant trop courte pour être une contribution valable à l'étude des échecs de ces stérilisations tubaires. D'autant que ceux-ci paraissent extrêmement rares : Thio COLLER, en 1935, rapporte 8 échecs sur 1.500 interventions : 3 grossesses utérines et 5 grossesses extra-utérines. Ben Junior FARERH évalue à 0,5 % le taux d'insuccès dans le procédé de MADLENER qui n'a fourni à l'auteur en vingt-deux ans et sur 166 cas, ni échec ni complication, ainsi que Mickulicz RADECKI sur 6.032 cas personnels effectués par différents procédés. Nous avons toujours recherché une *stérilisation définitive,* la section simple entre deux ligatures, à la façon de KEHRER, nous ayant paru le procédé le plus sûr auquel nous avons toujours eu recours.

* *

Nous étions donc satisfaits du procédé jusqu'à l'observation du cas qui fait l'objet de cette thèse. En effet, il nous apparaît que la section tubaire entre deux ligatures a réalisé des conditions extrêmement favorables à la survenue d'une torsion.

Celle-ci serait la conséquence, selon MARCEL et FABRE :

1) De l.'état anatomique de la trompe : longueur anormale, méso trop long, si l'on en croit L. MICHON et M. SÉNÉCHAL.

2) De l'action hyperhémiante des sécrétions internes de l'ovaire par l'augmentation du volume tubaire qu'elle détermine (UHLMANN).

3) De l'état de l'appareil nerveux sympathique de la trompe par analogie aux conceptions de LERICHE et MASSON sur le mécanisme de l'invagination intestinale : exagération du péristaltisme normal. REGAD prétend que dans 70 % des cas, il y aurait au cours des règles une amorce de torsion. Enfin celle-ci peut être facilitée par un ovaire kystique qui, capotant dans le Douglas, entraîne la trompe dans sa chute.

CORDIER invoque une théorie anatomique donnant une grande importance à une longueur anormale de la trompe et une disposition en spirale de son extrémité, relevant de la persistance d'un type fœtal pouvant constituer un point d'appel à la torsion.

HERVÉ rappelle la classique distinction d'AUVRAY entre torsion de trompe saine et torsion de trompe malade, mais il met en doute la notion de trompe saine et, à propos d'un cas de torsion bilatérale, évoque un infarctus annexiel primitif, véritable syndrome de Reilly tubaire, une malformation type spiroïde, fœtale, qu'a décrit REGAD; un trouble du péristaltisme tubaire, conséquence lui-même d'un dysfonctionnement sympathique.

* *

Dans notre observation, l'étude de la trompe tordue, du fait de l'infarcissement important, lié à l'horaire tardif de l'intervention, ne peut être en toute objectivité considérée comme absolument démonstrative. Cependant l'étroitesse du pédicule tubaire et méso-tubaire, au niveau de la torsion, était extrêmement évocateur d'une anomalie morphologique. En fait, c'est l'étude de l'annexe du côté opposé, présentant une malformation caractérisée, qui nous permet une extrapolation et de supposer avec vraisemblance le caractère bilatéral de cette anomalie qui, à droite, a provoqué la torsion, qui, à gauche, semble en avoir réuni des conditions favorisantes, lesquelles en l'absence d'une intervention correctrice, grèvent certainement l'avenir de notre patiente. Or, nous estimons que ces anomalies anatomiques sont acquises à la suite de l'intervention de section tubaire, ou tout au moins ont été considérablement renforcées par celles-ci. En effet, en 1955, lors de la première

césarienne, la morphologie annexielle nous est apparue entièrement normale, tant au point de vue tubaire que du point de vue ovarien.

Certes, immédiatement après délivrance, lorsque l'appareil génital est loin d'avoir recouvré une morphologie normale, il nous fût difficile d'apprécier exactement la longueur tubaire que déroulait l'augmentation du volume utérin ainsi que la longueur et l'étroitesse du méso-salpynx que nous n'avons pas songé à observer et dont l'appréciation aurait été délicate dans les conditions où nous étions. Nous ne pouvons donc affirmer que n'existait pas déjà un facteur anatomique favorable à la torsion préexistant à cette intervention.

Cependant, en 1962, l'aspect tubaire gauche, et donc très probablement avant la torsion aigue celui de l'annexe droite, était tout à fait particulier : véritable annexe en sablier avec élargissement par un hydrosalpynx du moignon proximal, augmentation très notable du segment distal par un hydrosalpynx du fragment tubaire externe et une ovarite kystique dystrophique, séparés par un isthme étroit comportant un mince tractus fibreux et un méso-salpynx rétréci.

En l'absence de toute manifestation pathologique génitale caractérisée entre les années 1955 et 1962 : aucune notion d'infection génitale (ni leucorrhée, ni épisode douloureux et fébrile), de dysménorrhée ou de déséquilibre hormonal, d'anomalie utérine tumorale ou de posture, il paraît difficile d'invoquer une intercurrence pathologique dans la genèse de la malformation tubaire. Les phénomènes douloureux accusés depuis deux ans par la patiente semblent plus vraisemblablement reliés.

1° Quant aux troubles de fond à la dystrophie annexielle acquise.

2° Quant aux troubles paroxystiques, si analogues à ceux ayant révélé la torsion aigue, aux épisodes de torsion sub-aigue ayant précédé l'accident irréductible.

Nous pensons donc pouvoir tenir la section tubaire pour responsable de la malformation anatomique que nous avons constatée :

— Cela paraît évident quant à la création de cette zone d'interruption médio-tubaire et, selon toute vraisemblance, à la rétraction méso-tubaire qui lui était associée.

Cette suppression d'un segment de trompe par la rétraction des deux bouts sectionnés, supprimant un arc-boutant au système annexiel, créant un flottement médio-tubaire, est particulièrement favorable à un phénomène de torsion.

— Un processus paraît plus discutable, c'est celui des modifications morphologiques tubo-ovariennes.

a) La section tubaire isole un moignon proximal dont l'évolution doit être identique à celui des moignons tubaires après salpyngectomie partielle, car le fait de conserver un fragment tubaire distal séparé du moignon proximal ne semble *à priori* rien devoir modifier à cette évolution. Or, on sait les incidents dont sont le siège ces moignons de trompe. Bret et Barbier en ont précisé les modalités cliniques et pathogéniques. De Brux et Wenner-Mangen ont précisé ces processus de « salpyngiose ».

Dans notre cas, l'altération du bout proximal semble donc bien relever de la conservation de ce moignon tubaire.

b) Les modifications du segment tubaire distal nous paraissent également en rapport direct avec la section-ligature tubaire qui ne peut manquer de perturber profondément le péristaltisme tubaire dont l'action à sens unique peut expliquer une accumulation des produits de sécrétion muqueux, et aussi provoquer des désordres vasculaires et sympathiques susceptibles d'entraîner une dystrophie de ce segment tubaire isolé.

c) La dystrophie ovarienne associée semble *à priori* en rapport moins direct avec une section et une double ligature tubaire pratiquée au ras du bord inférieur de la trompe et ménageant, quelle que soit la variété de vascularisation ovarienne, la vascularisation de la glande. En effet, une vascularisation ovarienne à prépondérance utérine (variété III de Mocquot et Rouvillois) ou tubo-ovarienne (variété IV des auteurs pré-cités) semble peu menacée par une telle intervention.

Peut-être des phénomènes fonctionnels d'ordre sympathique pourraient être à l'origine d'une telle dystrophie. On sait de toute façon les dangers que font courir à l'ovaire les résections tubaires et les précautions opératoires qui sont la règle dans cette chirurgie : rappelons pour mémoire les opérations de Sorési-Brocq dans les hystérectomies avec conservation annexielle.

Il n'est pas impossible que, dans les conditions spéciales, (section tubaire à l'issue d'une césarienne) où dans notre cas la ligature fut pratiquée, nous avons eu une impression de fausse sécurité, dans nos manœuvres.

d) Il est possible enfin que l'interruption de l'arc-boutant tubaire et la sténose méso-tubaire qui l'accompagnait aient permis une ébauche de torsion tubaire, chronique, à l'origine de la dystrophie tubo-ovarienne distale que nous avons constatée.

De toute façon quelle que soit la pathogénie des troubles, il nous paraît plus probable que cette intervention de section avec double ligature tubaire a transformé des annexes saines en annexes pathologiques particulièrement aptes à être le siège d'une torsion.

PLACE DE LA TORSION DANS LES ACCIDENTS DE LA STERILISATION TUBAIRE

Cette complication paraît tout à fait exceptionnelle, puisque nous n'en avons relevé aucun autre cas au cours de nos lectures.

Son existence peut-elle faire modifier les conceptions qui ont guidé jusqu'ici les auteurs dans le choix de la méthode ? Le gros souci des techniques opératoires semble, à ce jour, avoir été de prévenir une reperméabilisation tubaire à l'origine, *soit* d'une grossesse intra-utérine *à priori* peu souhaitable, puisque indication avait été posée à une stérilisation (nous faisons abstraction, nous le rappelons, des stérilisations temporaires pour n'envisager que la stérilisation définitive uniquement justifiée; PIEDELIÈVRE, MERGER, LEPAGE, HERVET et SUREAU l'ont encore récemment précisé; quand il y a inconvénient maternel majeur à la répétition des grossesses), *soit*, et le cas semble relativement fréquent d'une grossesse extra-utérine.

Ces éventualités qui, bien que rares, ne sont pas tout à fait exceptionnelles, expliquent la multiplicité des procédés décrits qui, finalement, se résument, ainsi que l'on défini HUGUIER et GRANJON à :

— obturer le canal : c'est la ligature tubaire;

— détruire le canal : c'est l'écrasement, la section, l'électrocoagulation ou l'ablation de la trompe (que PALMER réalise d'une façon per-cœlioscopique).

— créer une discontinuité sur le canal par les diverses méthodes d'enfouissement de la trompe ou des bouts proximal et distal après section.

L'efficacité maximum, selon les statistiques américaines, étant réalisée par la ligature-résection (0,28 % d'échecs sur 2812 cas) plutôt que par écrasement et ligature (0,7 % d'échecs sur 7603 cas).

D'une façon générale, l'efficacité de tous les procédés semble donc importante. A la lumière de notre cas, ne faut-il pas envisager de donner la préférence à un procédé qui permettrait d'éliminer les risques d'un rétrécissement médio-annexiel favorable à une torsion ?

Nous ne pouvons, faute de pratique et n'ayant pour toute matière qu'un cas unique, que donner des arguments théoriques. Il nous paraît que la conservation d'un moignon tubaire distal qui risque d'être le siège de phénomènes dystrophiques entraînant une augmentation de volume du segment distal qui l'agrandit et mécaniquement en favorise la torsion, présente des inconvénients majeurs.

Préférence nous paraît devoir être donnée au procédé qui empêcherait la formation de ce moignon dystrophique, qu'il y ait section simple comme dans notre cas, avec ou sans enfouissement, qu'il y ait ligature avec ou sans écrasement ou qu'il y ait résection segmentaire médio-tubaire, il ne nous paraît pas que ce risque soit supprimé.

L'excision cunéiforme de la trompe, la résection de la trompe interstitielle ne nous semblent pas exempts du même reproche.

Par contre, la résection de la portion ampullaire à la façon de MENG, CRONIG et MERMANN paraît plus satisfaisante mais expose à une pathologie du moignon proximal.

La résection tubaire totale, y compris sa portion interstitielle semblerait plus satisfaisante encore, si toutefois, immédiatement après la délivrance une action sur la corne utérine, dans un tissu utérin hypervascularisé n'était exposée à une aggravation de l'acte opératoire.

L'oblitération du pavillon avec invagination de ses franges pourrait également être un procédé valable dans le sens prévention de la torsion.

Mais qu'elle est son efficacité réelle en tant que facteur d'obturation définitive ?

Et quels sont ses risques de favoriser la formation d'un hydrosalpynx ultérieur ?

Ces considérations nous amènent à envisager, pour notre pratique ultérieure, de préférer la résection tubaire, soit localisée au segment distal, soit totale, aux autres procédés.

CONCLUSION

Nous présentons une observation d'un cas, dont nous ne connaissons pas de précédent, d'une torsion annexielle aigue survenue chez une malade ayant subi antérieurement une stérilisation tubaire par section entre deux ligatures de la partie moyenne de la trompe.

Cette intervention nous paraît avoir déterminé des modifications morphologiques et dystrophiques de l'annexe la rendant particulièrement exposée à un tel accident.

Cette possibilité nous semble devoir influer sur le choix à faire du procédé technique de stérilisation tubaire qui doit, à notre sens, faire préférer aux ligatures, sections ou résections segmentaires médio-tubaires, une résection tubaire complète ou intéressant son segment distal situé physiologiquement en amont de l'interruption.

Vu, le Doyen :
BINET

Vu, le Président de Thèse :
FUNCK-BRENTANO

Vu et Permis d'imprimer,
le Recteur de l'Académie de Paris :
ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

AUCLAIR (J.-M.), SARFATI (G.). — Statistiques et commentaires sur les cas de stérilisation pratiqués pendant cinq ans dans le service de Gynécologie Obstétrique du Centre Hospitalier d'Argenteuil. (*Revue Française de Gyn. et Obs.*, 1961, 56, *3*, pp. 161-168.)

BISHOP (E.), NELMS (W.). — Simple méthode de stérilisation tubaire. (*New York State J. of Med.*, février 1930.)

BRET (A.J.), LEGROS (R.). — Sur la salpingectomie. La pathologie des moignons de trompe. (*Revue Franç. de Gyn. et Obst.*, janvier 1960, 55 (1), 51-59.)

CHOSSON (J.), SERMENT (H.), RUF (H.), CODACCIONI (J.L.), GRANDALIANO-MOLLARD (L.). — Les suites éloignées des stérilisations tubaires. (*Bull. Soc. Franç. de Gyn. et Obst.*, 1959, 11 (4 *bis*), 472-474.)

DE BRUX (J.), WENNER-MANGEN (H.). — Résultats et intérêt de l'examen histologique systématique des biopsies tubaires per-opératoires et sous-cœlioscopie. La fonction tubaire. (Masson éd., 218-234.)

DELVAUX. — Les méfaits de la section des trompes, pratiquée en vue d'éviter une grossesse. (*J. de Méd. de Lyon*, 5 juillet 1933.)

HERVÉ (R.). — Observation de torsion bilatérale des trompes. (*Bull. Soc. Franç. de Gyn. et Obst.*, 1957, 8 (5), 647-648.)

HUGUIER (J.), GRANJON (A.). — Les principales techniques de stérilisation tubaire. (*Presse Médicale*, 1962, 70 (22), 1106.)

KAHN-NATHAN (J.). — Réflexions au sujet de la torsion des annexes. (*Gyn. et Obst.*, 58 (2), 129-134; — Analysé in : *Rev. Franç. de Gyn. et Obst.*, 1960, 55 (2), 151.)

KELLER (B.), HOLLAENDER (A.), ESCHBACH (J.), ASH (L.), HUMMEL (P.). — Un cas de torsion isolée de la trompe. (*Bull. Soc. Franc. de Gyn. et Obst.*, 1956, 8 (2), 143-146.)

KOLLER (T.). — Formation d'hydrosalpinx comme conséquence d'une intervention stérilisatrice. Ecrasement et ligature des trompes. (*Arch. f. Gyn.*, 1935, CLIX, 4.)

LEPAGE (F.), HERVET (E.), SUREAU (C.). — Indications de la stérilisation tubaire. A propos de 114 stérilisations pratiquées en dix ans à la Maternité Pinard. (*Presse Médicale*, 1962, 70 (22), 1106.)

MADLENER. — Stérilisation par opération sur les trompes. (*Zent. f. Gyn.*, 1932, 45, 2731.)

MAHON (R.), SOUMIREU (J.), GALLY (P.). — Torsion d'une trompe au cours du travail. (*Bull. Soc. Franç. de Gyn. et Obst.*, 1960, 12, (5), 568-569.)

MICHON (L.), SÉNÉCHAL, UHLMANN, LERICHE, REGAD, cités par MARCEL (J.E.), FABRE (M.). — In : *Gynécologie Médicale*, Maloine éd., 470-471.

MOCQUOT (P.), ROUVILLOIS (C.). — Vascularisation de l'ovaire. (*Journal de Chirurgie*, février 1938, 51 (2), 161-176.)

MOCQUOT (P.), RUDLER (J.), PALMER (R.). — *Traité de Technique Chirurgicale*. Tome V : Organes génitaux de la femme. (Masson éditeur.)

MULLER (P.), KELLER (B.), GOLDBERG (G.), LÉVY (G.). — Syndrome pseudo-appendiculaire par torsion de la trompe sur kyste du parovaire au terme d'une grossesse. (*Bull. Soc. Franç. de Gyn. et Obst.*, 1959, 11 (2), 183-184.)

PALMER (R.). — Stérilisation per-cœlioscopique. (*Presse Médicale*, 1962, 70 (22), 1106.)

PIÉDELIÈVRE (R.). — Exposé moral et médico-légal de la stérilisation. (*Presse Médicale*, 1962, 70 (22), 1105.)

PIRAUX (P.), VOKAER (R.). — Analyse statistique de la stérilisation tubaire selon Madlener-Pomeroy à la Clinique Obstétricale de l'Hôpital Universitaire Saint-Pierre. (*Bull. Soc. Franç. de Gyn. et Obst.*, 1961, 13 (4), 371.)

UBOVITS, KOBAK. — Echecs de la stérilisation tubaire selon le procédé de Madlener. (*Am. J. Obst. and Gyn.*, 1934, p. 12.)

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 11

OBSERVATION 12

DISCUSSION DE CETTE OBSERVATION 19

PLACE DE LA TORSION DANS LES ACCIDENTS DE LA STÉRILISATION TUBAIRE 25

CONCLUSION 29

BIBLIOGRAPHIE 31

IMPRIMERIE R. FOULON & CIE, 29, RUE DEPARCIEUX, PARIS XIV^e^